

Démographie et santé des populations

Claude Strohmenger

Volume 15, numéro 1, avril 1986

Démographie et santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/600582ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/600582ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Strohmenger, C. (1986). Démographie et santé des populations. *Cahiers québécois de démographie*, 15(1), 3–10. <https://doi.org/10.7202/600582ar>

Démographie et santé des populations

Claude STROHMENGER*

«La connaissance mathématique des populations, de leurs mouvements généraux, de leur état physique, civil, intellectuel et moral», telle est la définition du terme «démographie» proposée par Achille Guillard lors de sa première utilisation en 1855. Cette formule illustre à quel point, à ses débuts, la science démographique ne s'est pas cantonnée dans l'étude quantitative du renouvellement des populations, mais a également englobé des aspects qualitatifs, tel l'état physique, longtemps la seule dimension de la santé dont on ait pu fournir une mesure, au moins partielle.

En fait, nombreuses sont les interactions entre la démographie et le domaine de la santé qui ont marqué la vie des populations, qu'il s'agisse de leur évolution numérique, de la mesure de leur santé, ou encore de la planification des moyens à mettre en oeuvre afin de maintenir ou d'améliorer cet état de santé.

CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE ET SANTÉ DES POPULATIONS

L'histoire démographique des populations occidentales a été, dans l'ensemble, caractérisée par une croissance relativement faible. Mais, tandis que le rythme de croissance était jadis essentiellement déterminé par une forte fécondité associée à une mortalité élevée, il est désormais la résultante de régimes de fécondité et de mortalité faibles.

La transition de l'ancien au nouveau régime démographique, déclenchée par une baisse de la mortalité suivie, avec un décalage variable selon les populations, par une chute de la fécondité, a été marquée par une explosion démographique accompagnée de profonds changements sociaux. Ceux-ci se sont traduits, entre

* Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Ottawa.
Les vues exprimées sont la responsabilité de l'auteur et n'engagent pas nécessairement Santé et Bien-être social Canada.

autres, par des améliorations dans les conditions de vie, en particulier un allongement considérable de la vie moyenne et l'amorce d'une disparition progressive du fléau des maladies infectieuses.

Selon les optiques adoptées, on a qualifié cette transition de «démographique», «épidémiologique» ou encore «sociologique» (Omran, 1977:3), ce qui souligne à la fois la complexité des phénomènes en cause et l'ampleur des changements survenus. Mais ce qui importe ici, c'est qu'une période de bouleversements démographiques importants a coïncidé avec une réduction des risques de décès et le début de l'éradication des maladies infectieuses : à un phénomène démographique - la baisse de la mortalité - ont été associés des gains de santé et, plus généralement, des améliorations dans les conditions de vie.

MESURES DÉMOGRAPHIQUES DE LA SANTÉ

Rien d'étonnant donc à ce que les mesures de la santé aient longtemps été réduites à celles de la mortalité, phénomène dont la connaissance a été considérablement enrichie par les recherches démographiques. Il est d'ailleurs symptomatique que l'on fasse remonter les origines de la démographie quantitative au XVII^e siècle, c'est-à-dire aux travaux de John Graunt sur les Bulletins de mortalité; ces travaux intéressaient au plus haut point la santé publique, puisque l'objectif premier était de fournir une indication sur l'importance de la mortalité épidémique - celle due à la peste notamment - dans la ville de Londres.

Privilégier le phénomène mortalité, dans la mesure de la santé, s'expliquait surtout par la principale préoccupation des populations occidentales jusqu'à une époque récente : la mortalité prématurée qui, au XVIII^e siècle par exemple, empêchait un nouveau-né sur quatre d'atteindre son premier anniversaire et maintenait la vie moyenne autour de 35 ans, contre plus du double aujourd'hui. Ainsi, l'espérance de vie - dont l'évolution était étroitement corrélée à celle de la mortalité infantile - a longtemps constitué l'indicateur le plus utilisé.

Des progrès dans l'identification des causes de décès et le raffinement des méthodes de calcul ont permis de construire des tables de mortalité en l'absence d'une cause de décès (ou d'un facteur de risque), dont a été dérivé un nouvel indicateur : «l'espérance de vie perdue» par suite de la mortalité attribuée à une cause de décès (ou à un facteur de risque). Cette notion n'a évidemment de signification que dans la mesure où la cause de décès (ou le facteur de risque) incriminée est, en partie du moins, contrôlable. L'indicateur obtenu renseigne sur l'utilité d'une action sanitaire et fournit, en termes de longévité moyenne, une mesure du coût de la négligence individuelle et collective.

Le concept de potentiel-vie d'une population, à la base de la démographie potentielle, a conduit à la notion de perte en potentiel-vie et à un indicateur - les années potentielles de vie perdues (APVP) - dont l'espérance de vie perdue n'est qu'un cas particulier. Les APVP constituent un indicateur de mortalité prématurée utile pour la planification - en matière de prévention notamment -, puisqu'ils permettent d'identifier et de hiérarchiser les problèmes de santé en fonction de leur impact sur la mortalité prématurée.

Cependant, la mortalité est devenue de moins en moins représentative de l'ensemble des phénomènes de santé, dont elle constituait jusqu'à une époque récente une synthèse partielle satisfaisante. À cela, il y a plusieurs raisons. Tout d'abord, l'importance grandissante des maladies chroniques dans l'ensemble de la morbidité a beaucoup modifié le rapport entre l'incidence et la prévalence des maladies, provoquant ainsi une distorsion croissante entre l'évolution de la mortalité et celle de la morbidité. En outre, cette prépondérance accrue des maladies chroniques a transformé considérablement la situation en ce qui concerne les conséquences de la maladie, en donnant plus de poids aux incapacités et handicaps. Et enfin, en réduisant la létalité à court terme de certaines maladies congénitales ou chroniques, la médecine moderne est parvenue à faire régresser la mortalité tout en augmentant la prévalence des maladies et des incapacités. De fait, aux États-Unis par exemple, les données rassemblées pour la période 1966-1976 ont montré la coexistence d'une diminution importante de la mortalité et d'une progression spectaculaire de l'incapacité (Colvez et Blanchet, 1981).

En conséquence, les chercheurs ont proposé diverses formules permettant de combiner la mortalité aux conséquences les plus fâcheuses de la maladie, notamment l'incapacité. Dans cette voie, les propositions les plus intéressantes sont celles qui visent à définir une espérance de vie en bonne santé ou, plus précisément, dans l'état actuel des recherches, une «espérance de vie sans incapacité» (EVSI) (Robine, 1986).

Il s'agit ici de l'extension d'un indice typiquement démographique, l'espérance de vie, à des dimensions supplémentaires permettant de tenir compte à la fois de la durée de la vie et de sa qualité (présence ou absence de restrictions d'activité, en l'occurrence). Des calculs ont permis d'aboutir, pour diverses pathologies, à une «espérance de vie (en bonne santé) perdue» (Colvez et Blanchet, 1983; Dillard, 1983), l'impact de la maladie étant alors décomposé en deux effets : sur la durée de la vie d'une part, sur sa qualité d'autre part. D'autres chercheurs ont estimé des EVSI selon le niveau de revenu, mettant en évidence d'importantes inégalités devant la santé et

contribuant ainsi à l'identification de groupes à haut risque, autre préoccupation du planificateur (Wilkins, 1982; Wilkins et Adams, 1983).

L'EVSI résulte de l'adaptation d'un indice démographique à une nouvelle priorité en matière de santé publique : l'importance accordée à l'amélioration de la qualité de la vie, par suite de la prépondérance croissante des maladies chroniques. Dans un contexte où plus de 80 % des individus peuvent espérer franchir le seuil du troisième âge (contre moins de 30 % il y a 150 ans), il importe certes d'ajouter des années à la vie, mais aussi de la vie aux années.

Rien entendu, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé ne sont que deux exemples parmi d'autres d'indices démographiques qui, isolément ou en conjonction avec des indices épidémiologiques, visent à mesurer l'état sanitaire de la population (Péron et Strohmenger, 1985; Rumeau-Rouquette et alii, 1985).

DÉMOGRAPHIE ET PLANIFICATION SANITAIRE

Mais l'utilité des indices démographiques en santé publique ne se borne pas à la mesure de la mortalité, ni même à celle de l'état de santé. Leur utilisation se retrouve aux diverses étapes de l'activité des responsables de la santé publique, du niveau national à celui de la communauté.

La santé publique

Les responsables de la santé publique doivent notamment :

1. acquérir une bonne connaissance de la population et de son évolution;
2. apprécier globalement son niveau de santé;
3. identifier et hiérarchiser ses problèmes et ses besoins de santé;
4. décider des actions à entreprendre pour atténuer ces problèmes;
5. évaluer par la suite les effets des actions entreprises.

Ces tâches requièrent une masse d'informations quantitatives et qualitatives qui, pour être intelligibles, gagnent à être résumées par des indices. Parmi ceux retenus figurent fréquemment, mais non exclusivement, les indices démographiques

qui, comme beaucoup d'indices, remplissent souvent une double fonction, celle de descripteur d'une part, celle d'indicateur d'autre part (Péron et Strohmenger, 1985).

Dans leur fonction de descripteur, les indices démographiques permettent la connaissance, indispensable au planificateur, de la population desservie par le système de santé : son état et son mouvement, son évolution passée et future. Ainsi, la dénatalité récente a déjà provoqué la fermeture de nombreux départements d'obstétrique et de gynécologie; sa poursuite entraînera un important glissement de la demande médico-hospitalière au profit des personnes âgées (Roulet et Grenier, 1978; Lefebvre et alii, 1979), glissement qui nécessitera de profonds réajustements dans la formation et l'affectation des professionnels de la santé (Bui, 1984) et, plus généralement, dans l'allocation des ressources.

Bien des descripteurs démographiques, tels ceux de la mortalité, apportent une indication très utile sur la santé d'une population. Ces indicateurs ont diverses fonctions : mesure de l'importance des problèmes de santé et établissement des priorités, identification de groupes à haut risque afin d'établir une stratégie des interventions, évaluation des actions sanitaires, etc.

La santé communautaire

L'importance du rôle de la démographie en santé communautaire n'est plus à démontrer, si l'on en juge par l'abondance des travaux qui font appel aux indices démographiques (Pineault et Daveluy, 1986; Le Bourdais et Desrosiers, 1986; Tremblay, 1981) et par le nombre de démographes oeuvrant dans ce domaine (Émond et Ouellet, 1977; Ouellet et Lachapelle, 1978), notamment dans les Conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), les Départements de santé communautaire (DSC) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

Étant donné son rôle de prestation de services et la proximité de la clientèle à desservir, le responsable de la santé communautaire a un besoin particulièrement aigu de connaître l'état et l'évolution de la population dont il a la charge : son nombre, ses caractéristiques (démographiques, socio-économiques, etc.), son état de santé (niveau de santé, problèmes de santé, degré d'exposition aux risques, etc.).

De ce point de vue, le responsable de la santé communautaire se trouve dans une situation paradoxale. En effet, c'est probablement à ce niveau géographique qu'une connaissance en profondeur de la population s'impose le plus; mais, dans le même temps, c'est également à ce niveau que les données connaissent le

plus de limites. Il en est ainsi des données portant sur les caractéristiques ou les événements (numérateur des taux) et de celles sur la population de base (dénominateur) : les problèmes rencontrés concernent la disponibilité des données, la fréquence de leur mise à jour, mais aussi le manque de moyens adéquats pour analyser cette masse d'informations et en tirer le meilleur parti possible.

Ce qui est vrai de l'état de la population l'est également de son évolution. Les prévisions au niveau local sont rares, en raison de déficiences à la fois dans les données et dans les méthodes. Ces limites constituent un handicap d'autant plus sérieux que les changements - tant dans le nombre que dans les caractéristiques de la clientèle - sont plus importants (et imprévisibles !) lorsque le découpage géographique adopté est plus fin. Cela contraste avec la situation du planificateur au niveau national, pour lequel une connaissance détaillée de la population est moins vitale, mais qui, en raison de l'inertie des phénomènes (démographiques ou autres) au sein des grands ensembles peut plus facilement planifier l'avenir.

CONCLUSION

La transition qu'ont connue les populations occidentales au XVIII^e siècle est probablement l'exemple le plus spectaculaire d'interactions entre le facteur santé et les phénomènes de population. Le fait que cette transition ait été qualifiée tantôt de «démographique», tantôt d'«épidémiologique» souligne la complexité et l'interdépendance des phénomènes démographiques et sanitaires.

Mais c'est surtout dans la quête de mesures objectives du niveau de santé qu'une tradition unit les domaines de la santé publique et de la démographie (Hansluwka, 1985; Péron et Strohenger, 1985), tradition qui remonte aux origines de la démographie quantitative, au milieu du XVII^e siècle. Ainsi, par exemple, «l'épidémiologie, au sens moderne du terme, qui étudie les maladies à l'échelle des populations, offre un exemple de l'intrusion d'une pensée démographique en dehors de son champ spécifique» (Pressat, 1979:40).

En fait, la présence de la démographie s'étend, comme on l'a vu, bien au delà de la seule mesure de l'état de la santé, aux diverses étapes de la planification en santé publique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BOULET, J.-A. et G. GRENIER, 1978. Health Expenditures in Canada and the Impact of Demographic Changes on Future Government Health Insurance Program Expenditures. Ottawa, Economic Council of Canada, Discussion Paper No. 123, 98 p.
- BUI, D., 1984. Les médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire. Paris, Centre de sociologie et de démographie médicales, 403 p.
- COLVEZ, A. et M. BLANCHET, 1981. «Disability Trends in the United States Population 1966 - 1976: Analysis of Reported Causes». American Journal of Public Health, 71, 5, 464-471.
- COLVEZ, A. et M. BLANCHET, 1983. «Potential Gains in Life Expectancy Free of Disability: A Tool for Health Planning». International Journal of Epidemiology, 12, 2, 224-229.
- DILLARD, S., 1983. Durée ou qualité de la vie ? Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Collection «La santé des Québécois», 70 p.
- ÉMOND, A. et F. OUELLET, 1977. «La santé communautaire et les démographes». Cahiers québécois de démographie, 6, 1, 81-96.
- HANSLUWKA, H., 1985. «Measuring the Health of Populations. Indicators and Interpretations». Social Science and Medicine, 20, 12, 1207-1224.
- LE BOURDAIS, C. et H. DESROSIERS, 1986. Dossier démographique et socio-sanitaire des départements de santé communautaire de la Montérégie. Volume I : Caractéristiques de la population. Montréal, Institut national de la recherche scientifique, INRS-Urbanisation, 301 p.
- LEFEBVRE, L., Z. ZSIGMOND et M. DEVEREAUX, 1979. Hôpitaux : horizon 2031. Les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers. Ottawa, Statistique Canada, catalogue no 83-520 F, 92 p.
- OMRAN, A.R., 1977. «Epidemiologic Transition in the United States. The Health Factor in Population Change». Population Bulletin of the Population Reference Bureau, 32, 2, 41 p.

- QUELLET, F. et J.-F. LACHAPELLE, 1978. «Le rôle de la démographie dans le domaine de la santé». Cahiers québécois de démographie, 7, 3, 5-23.
- PÉRON, Y. et C. STROHMENGER, 1985. Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation. Ottawa, Statistique Canada, catalogue no 82-543 F, 265 p.
- PINEAULT, R. et C. DAVELUY, 1986. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Ottawa, Les Éditions Agence d'Arc Inc., 480 p.
- PRESSAT, R., 1979. Dictionnaire de démographie. Paris, Presses Universitaires de France, 295 p.
- ROBINE, J.-M., 1986. Les indicateurs de type espérance de vie sans incapacité (EVSI). Des indicateurs globaux de l'état de santé des populations. Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 96 p.
- RUMEAU-ROUQUETTE, C., G. BRÉART, R. PADIEU et R. PRESSAT, 1985. Méthodes en épidémiologie. 3e édition, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, 398 p.
- SURAULT, P., 1979. L'inégalité devant la mort. Paris, Economica, 140 p.
- TREMBLAY, D., 1981. «L'utilisation des statistiques démographiques dans les départements de santé communautaire (DSC)». Cahiers québécois de démographie, 10, 3, 455-465.
- WILKINS, R., 1982. «La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé : composantes, méthodes de calcul et résultats pour le Québec, 1978». Cahiers québécois de démographie, 11, 2, 253-274.
- WILKINS, R. et O.B. ADAMS, 1983. Healthfulness of Life. Montréal, Institut de recherches politiques, 153 p.